

# CAPÍTULO 6

## COMUNICACIÓN DEL RIESGO EN SALUD: UNA MIRADA ESTRATÉGICA PARA PROMOVER EL CAMBIO SOCIAL

MARÍA FERNANDA NAVARRO-PATIÑO<sup>36</sup>

Las estrategias de comunicación apoyan las actividades de los profesionales de la salud y están orientadas a promover la salud y prevenir complicaciones en los servicios sanitarios, sector en el que permanentemente se deben coordinar múltiples acciones para alcanzar el bienestar físico y emocional de la comunidad. Uno de los campos de análisis en este contexto, tiene que ver con la comunicación del riesgo en salud. Su relevancia radica en la necesidad de comunicar efectivamente, para estimular a la persona y la comunidad en la toma de decisiones informadas y en la adopción de los estilos de vida saludables.

En el sector de la salud coexisten diversos saberes especializados (medicina, enfermería, psicología, nutrición, administración, rehabilitación, entre otras), con aportes específicos de cada uno de ellos que requieren una implementación sincronizada para lograr los objetivos. En este sentido Bourdieu (1994), establece que “recordar que el funcionamiento mismo del campo científico produce y supone una forma específica de intereses (las prácticas científicas no aparecen como “desinteresadas” más que por referencias a intereses diferentes, producidos y exigidos por otros campos)” (p.143).

Así, la comunicación social se inserta como una aliada en la socialización de procesos educativos y en la formulación de estrategias acordes con realidades y contextos particulares para fomentar la promoción y prevención de la salud en la comunidad. En esta multiplicidad del saber, la comunicación cumple una función fundamental dada la necesidad de llevar a cabo procesos de producción de la información con una comunicación del riesgo clara y completa, a través de diferentes estrategias.

En el campo de la salud es preciso que tanto pacientes como personas cercanas a ellos y a su proceso de enfermedad, conozcan su situación actual de riesgo, sepan hacia dónde deben dirigir sus acciones, o con qué urgencia deben cambiar o mejorar sus hábitos de estilos de

---

36. Docente de Planta Facultad de Comunicación y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Occidente, Colombia. Magister en Comunicación y Especialista en Comunicación Organizacional, Universidad Autónoma de Occidente, Colombia. mnavarro@uao.edu.co

---

vida tanto de alimentación como actividad física, que comprendan mejor los tratamientos que les brindan los profesionales en salud y que sean conscientes de la elección de dichas intervenciones. Por eso el material de apoyo educativo debe ser comprensible. Lo anterior lleva a reflexionar sobre el proceso e impacto de una de las prácticas más comunes de comunicación como producto de las estrategias de comunicación, que es la elaboración de material impreso y digital para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Lo anterior llevó a realizar un estudio, en el marco de la Maestría en Comunicación, de la Universidad Autónoma de Occidente en el 2018, que evaluó específicamente el proceso de producción de material impreso o digital, dirigido a usuarios de salud (incluidos pacientes, familiares de pacientes y comunidad en general) sobre la comunicación del riesgo en Enfermedades Crónicas No Transmisibles - ECNT. Para el caso observado se tuvieron en cuenta el material disponible para pacientes y familiares, realizado por parte de cuatro instituciones de salud (tanto EPS como IPS) de Cali y por el Ministerio de Salud de Colombia, específicamente con información de enfermedades como la diabetes, la hipertensión y la obesidad. Estas instituciones de salud continuamente elaboran materiales impresos y digitales como apoyo a sus programas de Promoción y Prevención, con el objetivo de mejorar la adherencia a los tratamientos (tanto de estilos de vida, como farmacológicos) y así evitar las complicaciones de estas enfermedades, mejorar la calidad de vida y disminuir el impacto económico personal – familiar – social e institucional.

## **PANORAMA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLE EN COLOMBIA**

De acuerdo con el reporte sobre las ECNT, de 2012, de la Organización Panamericana de la Salud – OPS (2012), el 43,3% de las muertes prematuras fueron por enfermedades cardiovasculares y si se suma el 6,6% las muertes por diabetes, la carga de enfermedad por ECNT representa la mitad de las muertes en el país. El panorama no resulta alentador cuando se observa que el 20,1% de los adolescentes fumaba, sólo el 15,5% de adolescentes consumían frutas y verduras, el 84,9% hacía poca actividad física, comparada con el 79% de los adultos. La prevalencia del sobrepeso en los niños menores de 5 años fue del 4,2%, en la población adulta alcanzó el 32,3% y un 13,7% los mayores de 18 años ya eran obesos.

Las enfermedades crónicas no transmisibles aumentaron su prevalencia en Colombia. De acuerdo al Ministerio de Salud de Colombia

(2015), la hipertensión arterial entre las mujeres pasó del 26% en el 2010 al 31% para el 2014 y entre los hombres la prevalencia aumentó del 23,9% al 28,7% en ese mismo periodo de tiempo. La mayor frecuencia de hipertensión arterial estuvo entre las personas de 55 y 70 años de edad.

En el mismo informe del Ministerio de Salud, la diabetes se estimó con una prevalencia del 4,7% entre las mujeres y del 4,3% para los hombres entre los años 2010 y 2014, siendo más frecuente a partir de los 45 años de edad. Mientras que el 1% de las personas entre los 14 y 39 años de edad tenían diabetes, este dato aumentó hasta el 9,4% de las mujeres y el 7,9% de los hombres entre los 70 y 74 años de edad.

## ¿QUÉ ES LA PROMOCIÓN DE LA SALUD?

Es importante indagar sobre algunos antecedentes que permitan contextualizar desde dónde se viene perfilando el concepto de promoción de la salud. Luis Ramiro Beltrán sostiene que en 1945 Henry Sigerist, médico francés, catedrático de la Universidad de John Hopkins, recuperó algunas ideas sobre la relación pobreza y enfermedad, presentadas un siglo atrás por los médicos William Alison y Louis René Villermé, concluyendo que las condiciones para promover la salud deben estar enmarcadas en condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso.

Aclaró que, más que depender de la asistencia médica, la salud del pueblo estaba cifrada en el disfrute de dichas condiciones y llamó “promoción de la salud” a la tarea de lograr el acceso de la gente a ellas. La consideró la misión primordial de la medicina. La segunda en importancia debía ser la prevención. Y la curación - restauración y rehabilitación - tenía que ser la última, pues había que recurrir a ella sólo en caso de que la prevención fallara. Abogó por que la promoción fuera realizada por coordinación de esfuerzos de médicos, educadores, políticos, industriales y obreros (Beltrán, 2001).

El interés de abordar un tema relacionado con la promoción y prevención de la salud busca establecer y reconocer cómo son las prácticas en los procesos de comunicación entre estos grupos y qué factores influyen en las dinámicas de relación y construcción de conocimientos y habilidades de los grupos que, a su vez, determinan su calidad de vida.

Y uno de los conceptos que prevalece en los procesos de comunicación para la salud es el de la descentralización como clave para el desarrollo humano sostenible. Ante esto, Restrepo y Málaga (2001) proponen que el empoderamiento es un proceso de aprendizaje tanto para la comunidad como para el gobierno, por lo tanto, cuando éste no se da,

---

la descentralización produce un efecto negativo: la intensificación de la lista de las disparidades existentes al interior de la sociedad. La información constituye un recurso fundamental para que la sociedad pueda analizar los efectos de las decisiones que la afectan.

En gran medida, la emergente epidemia mundial de enfermedades no transmisibles se produce como consecuencia de los cambios de estilo de vida relacionados con la dieta, la disminución de la actividad física y el aumento del consumo de tabaco. Los determinantes de estos cambios incluyen la urbanización, los cambios en las ocupaciones, el envejecimiento de la población y otras influencias globales. De particular preocupación es el hecho de que estos riesgos afectan cada vez más a los grupos de población en situación socioeconómica más baja, lo que se suma a los problemas de la pobreza y del sufrimiento (OPS, 2013, p. 109).

En este aspecto también cabe preguntarse cuál ha sido la causa en la operación del sistema de salud, que tiene como consecuencias las cifras mencionadas anteriormente sobre el aumento de la morbilidad y mortalidad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Morin (2007) advierte sobre la toma de consciencia, en la cual expresa que.,

Hemos adquirido conocimientos sin precedentes sobre el mundo físico, biológico, psicológico, sociológico. La ciencia ha hecho reinar, cada vez más, a los métodos de verificación empírica y lógica. Mitos y tinieblas parecen ser rechazados a los bajos fondos del espíritu por las luces de la Razón. Y, sin embargo, el error, la ignorancia, la ceguera, progresan, por todas partes, al mismo tiempo que nuestros conocimientos. (p. 123)

Por tanto, la falta de un trabajo interdisciplinario cohesionado y consciente, además de la estructura de un modelo de atención aguda basado en la hospitalización y la atención de urgencias y no a un modelo de atención crónico basado en la prevención. Asunto que implica estudiar la forma como se está generando la unión interdisciplinar de los diversos campos de conocimiento y qué propuesta permitiría ver de manera compleja y multidimensional el progreso de una sociedad que requiere una optimización de los procesos en salud. La salud como posibilidad de vida.

En este sentido Calero et al. (2006), en el texto "Mutaciones epistemológicas y posibles formas de pensar el campo de la comunicación", orientan al decir que el saber también se configura en medio de distintos procesos de interacción social, los cuales, a su vez, no son ajenos a múltiples relaciones de poder. Es decir, formas de interacción inscrita, de un lado en

contextos de poder, de subordinación, de enfrentamiento y, de otro, en entornos de resistencia, de integración, de cooperación, de solidaridad o incluso de mera convivencia. (p. 12).

Lo que indica que es necesario reconocer todos los elementos que prevalecen en la situación de comunicación como, por ejemplo, definir quiénes participan en estos procesos y cómo se establecen las interacciones de dichos participantes.

Por otro lado, se requiere identificar cuál es el discurso a través del cual, por décadas se han realizado prácticas saludables en la población en temas de nutrición y actividad física y cuál ha sido el resultado, cómo se articulan los discursos del personal de salud y las instituciones en las prácticas culturales de sus grupos de atención, cómo son estos escenarios desde donde se establece la comunicación, los recursos, el tiempo y la motivación de los participantes. También resulta interesante resaltar cómo se discute la situación de riesgo personal para desarrollar una enfermedad o una complicación de una enfermedad para asegurar la comprensión de todos los actores participantes y la adherencia a tratamientos crónicos.

Para Morin (2007), los fenómenos están mediados por prejuicios, intereses y no porque están en juego por delante las ideas, sino porque no se dispone de medios para concebir la complejidad del problema y esto es un inconveniente que se observa en el sector salud, en el cual se ha construido un proceso de relaciones desiguales donde quienes producen los mensajes ejercen un dominio sobre los receptores que cumplen un rol pasivo en la comunicación y en la selección de los temas o mensajes sobre los cuales debe tomar acciones. Al respecto, Bañón (2006) agrega que:

Los procesos comunicativos en las organizaciones, y más aún donde hay estructuras jerárquicas marcadas, siguen modelos de gestión que tienen una alta regulación, como es el caso de las instituciones de salud, que obedecen a protocolos indicados en normativas y leyes estatales. Todos estos procesos de reparación lo son siempre que se desarrollen de manera adecuada, claro está. Si no fuese así, se estaría intensificando el deterioro, en lugar de repararlo. Un ejemplo: la existencia de los formularios de protocolización de la comunicación en contextos sanitarios normalmente asegura la presencia de un proceso de reflexión previo sobre los elementos informativos más relevantes en cada caso, y además facilitan el intercambio de datos y su tratamiento homogéneo. Ahora bien, la existencia de estos protocolos de carácter informativo no asegura que la recopilación de datos se haga en el tono adecuado (intimidad, cuidado en la realización de preguntas, adecuación al perfil personal o social del afectado o de sus familiares, etc.). Es importante no convertir la comunicación en

---

una interacción encorsetada y descontextualizada, un error en el que frecuentemente se cae en las interacciones entre profesionales sanitarios, por un lado, y pacientes y familiares, por otro. (p. 23)

El análisis de caso mostró que las instituciones siguen el protocolo de las políticas de comunicación impartidas desde la Organización Mundial de la Salud – OMS, lo anterior advierte un manejo de la información vertical. Los directores de comunicación de las organizaciones consultadas indicaron que los contenidos de la comunicación del riesgo están preestablecidos, y que solo cambian si se presenta un nuevo enfoque o cambio de normativa o ley por parte del Estado.

Se observa un distanciamiento entre la organización y sus públicos de interés, en el sentido de cómo se evalúa a la audiencia para abordar los temas de salud. Mientras autores como Gumucio (2011) establecen en su teoría que debe existir un diálogo permanente con los usuarios en el proceso de “concebir, planificar, implementar y evaluar un proyecto” con el fin de tener una mayor apropiación y sostenibilidad en los programas de salud.

De otro lado, las entidades consultadas explicaron que no había una evaluación de la alfabetización en salud del usuario. Teniendo en cuenta este aspecto y revisando los estándares de escritura de comunicación del riesgo, no se percibe un criterio de producción de este tipo de material y solo se basan en que la audiencia sepa leer, argumentando que su población atraviesa todos los estratos socioeconómicos de Colombia. Lo anterior no garantiza la comprensión del mensaje.

## **COMUNICACIÓN Y EL CAMINO HACIA LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD**

En Colombia no se tienen disponibles datos de alfabetización, ni de aritmética en salud en adultos, como tampoco sobre comprensión de lectura general en ese grupo de edad. El informe de “Revisión Nacional 2015 de la Educación para Todos: Colombia” mostró que, para el año 2013, el nivel educativo alcanzado por los adultos entre 25 y 54 años fue: el 13,3% preescolar, 25,5% primaria, 5,3% básica secundaria, 30,5% educación media, 10,4% formación técnica y tecnológica y 11% universitarios (pregrado, especialización, maestría y doctorado). Y según el Observatorio de la Democracia de la Universidad de los Andes, la mayoría de las personas mayores a 60 años sólo pudieron terminar la primaria, teniendo en promedio 5,8 años cursados de acuerdo a datos del año 2016.

En este campo aún hay un camino por construir dado el alto grado de desigualdad en los sistemas de producción, distribución, circulación y

consumo de información en el campo de la salud, y se relaciona entonces con el planteamiento teórico de Marx (1999) en las diferencias que establece en la producción y distribución en su libro "Contribución a la crítica de la economía política". Se plantea aquí que la sociedad tiene divisiones tanto en la forma de producción como en la distribución de esos medios de producción que lleva consigo diferencias dentro de la misma sociedad. Por lo tanto, en nuestra sociedad hay diferencias en la forma como se distribuye el salario y eso hace que el consumo sea diferente también. Esto marca un factor de desigualdad en la distribución de la producción, dada por el nivel educativo que se haya adquirido. Este nivel educativo, depende a su vez, de una inversión económica para poder acceder a él. Dependiendo de esta distribución, esa producción en cada individuo o familia se traduce en un salario y también en tiempo libre, según el trabajo que se tenga.

Por lo anterior, esta diferencia en la producción genera desigualdad en la remuneración salarial y en la proporción de tiempo libre, lo cual puede limitar el consumo de productos saludables. En este caso, el consumo de alimentos saludables y el tiempo que se pueda dedicar a la actividad física, por ejemplo, a menor salario menos posibilidad de consumo de frutas verduras y alimentos bajos en grasa y a menor tiempo libre menos posibilidad de tener una actividad física saludable y de disfrute. Sin duda, en este sentido, las clases sociales con más poder adquisitivo y cultural tienen más probabilidad de tener tiempo libre para mayor actividad física y pueden acceder a los servicios de salud más sofisticados, también tienen más capacidad económica para consumir alimentos saludables, sin embargo, esta condición no garantiza que tengan hábitos saludables.

Por lo tanto, también se encuentra que a mayor nivel educativo es posible tener una mayor alfabetización en salud (Nielsen-Bohlman, Panzer y Kindig, 2004), que se mide según el grado en que un individuo tiene la capacidad de obtener, comunicar, procesar y comprender la información y los servicios básicos de salud para tomar decisiones de salud apropiadas, por ejemplo, comprender cifras o solicitar exámenes preventivos. Al respecto la OPS (2013) explica:

Desde una perspectiva de salud pública, la prevención de las enfermedades no transmisibles vale la pena. A nivel individual, la prevención exitosa significa evitar enfermedades y gastos sociales, promover la salud y el bienestar, y el envejecimiento saludable. Para la sociedad y la nación, la prevención puede resultar en carga reducida de enfermedad, el control de los costos de atención de salud, una mayor productividad y la promoción del desarrollo socioeconómico sostenible y favorable. A nivel mundial, la acción preventiva permite una acción mayor y más amplia para mejorar la salud pública en los países de bajos y medianos ingresos, especialmente a través de la atención primaria de salud. (p. 87)

---

Las empresas, educadores, líderes comunitarios, agencias gubernamentales, compañías de seguros de salud, proveedores de cuidado de la salud, los medios de comunicación y muchas otras organizaciones y personas tienen un papel que desempeñar en la mejora de la alfabetización en salud en nuestra sociedad. La clave es poder determinar a partir de los diversos métodos de investigación en comunicación cuáles son las condiciones que determinan estos procesos de comunicación en una práctica cultural específica, como mencionan Calero et al. (2006): “el estudio de las prácticas culturales se hace escudriñando los lenguajes, el tipo de imaginarios y representaciones sociales emergentes de ellas, apoyados en metodologías como el análisis socio-histórico cultural y semiótico” (p. 14).

Así mismo, se analiza entonces de qué manera emergen las subjetividades en este contexto donde claramente se determinan procesos comunicativos: existe una triada o interacción de varios factores para que ocurra una enfermedad, se puede destacar el factor ambiental, luego un factor biológico o genético y otro factor que serían los estilos de vida. Este cruce de factores permite diversas posibilidades, por ejemplo, es probable que una persona que tenga una predisposición genética, puede tener estilos de vida que le protejan para prevenir el desarrollo de la enfermedad, ya sea porque tiene acceso a alimentación saludable o logra mantener un peso corporal adecuado o porque está en un entorno social que también lo protege ante ese riesgo. Así mismo puede tener a su favor un factor ambiental con un entorno que ofrezca un acceso a espacios deportivos de esparcimiento.

Pero también puede presentarse una situación ambiental que no favorezca el estilo de vida saludable, como por ejemplo dificultad para acceder a espacios de ejercicio, en ese caso ese ambiente estaría en contra del individuo. Sin embargo, el sujeto puede tomar decisiones que venzan las barreras del ambiente (como por ejemplo hacer ejercicio en casa si no hay parques cerca de su vivienda) y así puede frenar la fuerza de esa biología, o por el contrario con sus acciones contribuye a que se desarrolle la enfermedad. En este contexto también juega un papel importante el ambiente por decisiones políticas, como ejemplo, espacios libres de humo, que pueden hacer que la persona tome decisiones influenciado por dichas políticas. La subjetividad en estos actores sociales está limitada al cambio de estilos de vida o hábitos saludables y las decisiones pueden resultar conscientes o inconscientes.

En el campo de la salud, actualmente se trabaja con el Modelo de Cuidado Agudo - MCA, donde el paciente asume y acepta todo lo que el personal de salud le ofrece de una manera pasiva, por ende, sus deseos no son tenidos en cuenta y resulta difícil conocer sus percepciones, esto se



asocia a los dispositivos de poder desde Foucault (2001): “en todo lugar donde hay poder, el poder se ejerce. Nadie es su dueño o poseedor, sin embargo, sabemos que se ejerce en determinada dirección; no sabemos quién lo tiene, pero sí sabemos quién no lo tiene” (p. 54).

Estos factores influyen directamente sobre sus decisiones, ya sean conscientes o inconscientes, y también se ve influenciado por el grado de conocimiento que tiene sobre ese proceso que está tomando y que puede terminar en un riesgo. El individuo puede actuar a favor de su protección (conociendo o tal vez sin conocer que eso lo está protegiendo) o por el contrario puede actuar a favor de desarrollar una enfermedad (porque no se alimenta bien, no hace una actividad física, es sedentario, fuma).

En este caso es pertinente un análisis de la producción de los contenidos teniendo como referente a Van Dijk (1999), donde determina que:

El análisis crítico del discurso es un tipo de investigación analítica sobre el discurso que estudia primariamente el modo en que el abuso del poder social, el dominio y la desigualdad son practicados, reproducidos, y ocasionalmente combatidos, por los textos y el habla en el contexto social y político. El análisis crítico del discurso, con tan peculiar investigación, toma explícitamente partido, y espera contribuir de manera efectiva a la resistencia contra la desigualdad social . (p. 211)

Así entonces, resulta determinante que los pacientes sean conscientes que están en un riesgo, es algo primordial para el cambio, pero también es importante que el personal de salud reconozca si la persona sabe su situación de riesgo. El modelo actual requiere migrar hacia un Modelo de Cuidado Crónico - MCC que debe tener en cuenta las posibilidades de cambio del individuo, las expectativas de cambio. Según Bodenheimer, Wagner y Grumbach (2002):

El Modelo de Cuidado Crónico provee una estructura más efectiva para brindar el cuidado de la enfermedad crónica. Este modelo comprehensivo incluye componentes de la comunidad, organizacionales y clínicos para alcanzar las metas. También enfatiza en la educación del paciente, el soporte y el acceso a los recursos como esencial para que la persona que vive con el problema se vuelva un participante activo de su cuidado. (p. 1781).

En el MCC el paciente es una persona más activa en la toma de sus decisiones y puede o no comunicarlas al personal de salud. No acepta todo lo que éste les indica, cuestionan directamente, ya sea con el personal de salud, confrontando sus pensamientos, sus expectativas o pueden hacerlo después de salir de consulta.

---

Distinto al modelo actual, explican Birgitta y Marilyn (2011), donde el personal de salud le da órdenes a las personas, (qué medicamento debe tomar, qué debe comer, cuántas veces debe hacer ejercicio en la semana) si el paciente no lo pone en práctica, el médico lo cataloga a través de documentos (historia clínica) como una persona no adherente al tratamiento porque no hace lo que se le dice, es decir el sujeto es el único responsable de su corporalidad, por ende se culpa de ser también el responsable de su enfermedad.

En este tipo de enfermedades la persona no ve tan amenazada su vida de forma inminente, porque son silenciosas, solo se perciben síntomas cuando el individuo tiene un compromiso avanzado de alguno de sus órganos. Entonces tiene la opción de decidir si se acoge a un tratamiento o no, es ahí donde empiezan a primar los factores culturales, como la crianza, los hábitos de consumo de alimentos, la tradición de obesidad en la familia, etc. Las personas podrían considerar que ya están predestinadas biológicamente a padecer una enfermedad y deciden no modificar su conducta, porque muchas veces esa nueva práctica afecta al individuo, en la manera como disfruta la vida social, la vida familiar y cambiar eso determina una transformación del ser; aquí la subjetividad del individuo se vulnera, lo que él percibe como su bienestar, se ve afectado por algo que es una recomendación para su salud, pero él lo ve como no aceptable.

El sistema actual no permite que se discutan los riesgos y beneficios y la persona finalmente es quien toma la decisión y se ve influenciada por otras fuentes de información, medios de comunicación, familiares o pares. Esto lo explica Wagner (1998) de la siguiente manera:

Mucha de nuestra forma de alimentarnos se influencia por la cultura en la que vivimos. La sociedad envía mensajes conflictivos acerca de la comida, la salud y los problemas de peso. Aunque verse delgado (o esbelto) es valorado como atractivo y saludable por la sociedad, mensajes de publicidad y otros medios de comunicación socavan los esfuerzos para la práctica de comportamientos saludables en realidad. No hay ninguna conexión identificada entre comer y la delgadez en los medios comerciales. El mensaje implícito parece ser que una persona puede ser delgada, aún sin pensar en la salud. Con frecuencia, la preocupación sobre el peso se reduce a un problema estético. El resultado final de las contradicciones en los mensajes de los medios de comunicación es una actitud general poco saludable hacia la alimentación y la apariencia. (p. 2).

## EDUCACIÓN EN SALUD PARA EL BIENESTAR

La educación para la salud, según la OMS (2016), es un proceso que implica la interpretación de terminología propia del campo de la salud, de las enfermedades, sus características, causas y consecuencias (que para el campo de la salud resulta ser compleja, técnica), y la capacidad de hacer la transferencia de esa información científica en acciones que promuevan cambios en la salud de los individuos y en la sociedad. Este proceso se alcanza cuando se logra reconocer las prácticas sobre salud que tiene el ser humano y cómo ser consciente de ellas.

Consiste en la puesta en común y el diálogo entre los saberes propios y científicos para el desarrollo de prácticas, acuerdos y proyecciones que posibiliten una mejor calidad de vida. Es decir, se enfoca en un intercambio de saberes que va más allá de la transmisión de información, que fomenta la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva.

En este sentido, la educación para la salud contribuye a disminuir la brecha entre el saber científico de los profesionales en salud y el saber popular permitiendo articular a los individuos y grupos con un rol participativo en el cuidado de su salud. Es una articulación de discursos a partir de saberes que implicaría una materialización de los programas de educación en salud a través del estímulo de la participación de los grupos afectados.

En suma, la educación para la salud se orienta al desarrollo de capacidades (a nivel cognitivo, valorativo o práctico) de las personas, familias y comunidades, que les permita comprender y transformar la realidad, con el horizonte de avanzar en la garantía del derecho a la salud. Lo que interesa es promover escenarios de reflexión crítica, que identifiquen las realidades diferenciales (de acuerdo con los contextos territoriales y poblacionales) y se traduzcan en la construcción de autonomía de los sujetos, como agentes sociales de cambio. Así, los procesos educativos se deben fundamentar en situaciones de la realidad social, económica, cultural y política a fin de aprender desde la experiencia y no desde la transmisión o almacenamiento de informaciones (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2008).

Al respecto, y para observar posibles categorías para este análisis, Van Dijk (2011) establece que el discurso debe vincularse con la sociedad en general y con la desigualdad social. Explica el análisis de las relaciones entre el discurso y el poder, a partir de la forma como se accede al discurso:

Las de la política, los media o la ciencia, es en sí mismo un recurso de poder. Por ejemplo, nuestras mentes controlan nuestra acción; luego si somos capaces de influenciar la mentalidad de la gente, por ejemplo,

---

sus conocimientos o sus opiniones, podemos controlar indirectamente (algunas de) sus acciones. Y, en tercer lugar, puesto que las mentes de la gente son influidas sobre todo por los textos y por el habla, descubrimos que el discurso puede controlar, al menos indirectamente, las acciones de la gente, tal y como sabemos por la persuasión y la manipulación. (p. 87)

Van Dijk (2011) en su noción de discurso examina el acceso al discurso y su control y lo explica desde las instituciones brindando varios ejemplos en el sector educativo, periodístico, legislativo, político; el sector de la salud no es ajeno a estas prácticas de control seguramente por la necesidad de transmitir confianza en el cuidado de cada individuo. Es importante determinar la forma como se produce el contenido de los productos comunicativos y entender de qué manera se producen los discursos allí plasmados, dado que se debe tener en cuenta no solo la forma de los textos sino también cómo son las prácticas de producción, emisión y recepción de los mensajes (Urra, Muñoz y Peña, 2013).

Según los mismos autores, los discursos, de este modo, son captados y promulgados en una variedad de textos y estos, aunque sean en forma individual o no, se les consideran tanto una unidad discursiva (sujeto-unidad) o un material de manifestación discursiva (objeto de estudio). Para ser o plasmarse como discursos necesitan de una modalidad oral o escrita (textos), un género como forma de interacción y representación (debate, entrevista, panel); un registro (formal, técnico, coloquial); un modelo de tipo textual (narrativo, argumentativo, retórico), y un ámbito cultural del lector o audiencia (jóvenes, mujeres, tecnológico, científico).

Por tanto, se debe considerar de qué manera se están brindando los contenidos de información al individuo para que tome las decisiones adecuadas desde su subjetividad. Es necesario entonces un intercambio de sentidos reales en el proceso educativo con el paciente, para que éste sea consciente de sus decisiones, por lo que debe entender el cómo hacerlo y tener alternativas para esa decisión, conociendo los beneficios y los riesgos del camino que va a tomar, sin que esto incida en su clasificación de "buen o mal" paciente.

Además, el interés por un tipo de información varía de acuerdo a los diferentes grupos que pertenezca el individuo, por lo que no toda la educación recibida en la consulta le será llamativa. Lo anterior se refleja en un estudio acerca de la disposición entre las personas mayores a la comunicación de los beneficios y riesgos de tomar medicamentos para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares. Los encuestados manifestaron menor interés hacia la información de los beneficios, pero fueron altamente sensibles a la comunicación de efectos adversos (Fried, Tinetti y Towle, 2011).

Por otro lado, se encontró que los pacientes desean recibir información escrita en salud acerca de su condición en particular, pero sin que esta reemplace la comunicación verbal (cara a cara) del personal de salud. Son necesarios estudios para desarrollar y probar estrategias que promuevan la participación y discusión entre médicos y pacientes sobre los riesgos y beneficios de los tratamientos y para mejorar el proceso de toma de decisiones compartidas (Sleath, Blalock y Bender, 2003).

Es el ideal para un nuevo sistema el conocimiento del otro, sin alterar la persona en la toma de decisiones, orientando el problema hacia su subjetividad. Se apela a la metáfora de la conversación que propone Bretón (2011) pues ésta

se opone radicalmente a la comunicación porque introduce la alteridad. La conversación es dialógica, reside en el vaivén del sentido, y no, como la comunicación, en su imposición que no deja otra elección que la interactividad. El respeto por el otro no es objeto de una afirmación perentoria y moralizadora. Es uno de los elementos fundadores del lazo social. (p. 111)

Está también la negociación con el individuo para promover cambios de comportamiento o para que adopte la toma de un medicamento que seguramente lo va a acompañar para toda la vida, en este sentido se requiere que las personas realicen acciones de manera progresiva, dado que estas deben ser duraderas. Por ejemplo, cuando se exige al paciente que mejore su estilo de vida, ¿cómo pretender que un paciente cambie su hábito alimenticio o de actividad física de la noche a la mañana? ¿Qué factores se están vulnerando de su subjetividad cuando no hay un conocimiento del otro que permita entender cómo viven, cuáles son sus procesos sociales, culturales?

En el sistema de salud se buscan cambios, pero estos deben adaptarse a las expectativas o necesidades de los afectados, es aquí donde se busca que haya un cambio en el sistema de negociación entre los actores sociales, conociendo al individuo porque es desde él que debe emerger ese cambio (Stewart y Fox, 2011).

En este sentido, es clave que exista un proceso de capacitación a los profesionales de la salud para el manejo de piezas de comunicación. El estudio que realizamos reflejó que 24 de los profesionales consultados nunca habían recibido capacitación, mientras que 11 personas expresaron que habían recibido poca capacitación y 8 concluyeron que esta no había sido suficiente. Este resultado es concluyente si se tiene en cuenta la metodología que debe llevar la producción de este tipo de material, en el sentido de considerar el papel activo que debe tener el personal de

---

Programas de Prevención y Promoción como mediadores y facilitadores de los usuarios de los servicios, a quienes se dirige el proceso educativo.

Debe articularse en los procesos de producción del material de salud, la capacitación y la pedagogía de la comunicación en salud, ya que el grupo de profesionales tiene una relación directa con el paciente y su cuidador, pueden percibir los conocimientos que tiene el paciente, sus formas de actuar e indagar sobre sus hábitos. Los trabajadores de salud necesitan recibir entrenamiento específico en cómo comunicarse con los pacientes acerca del riesgo y beneficio de los tratamientos. Los estudios muestran que la comunicación del riesgo mejora tras el entrenamiento, con la ayuda de formatos visuales para ilustrar el riesgo/beneficio a los pacientes (Edwards, Elwyn y Hood, 2004). Se busca que el escenario de aprendizaje sobre cómo educar a un paciente brinde amplias posibilidades que promuevan nuevas experiencias, para que se ponga en práctica la toma de decisiones compartidas y no solamente una imposición.

## **ESTRATEGIA PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO EN AUTOCUIDADO Y AUTOGESTIÓN**

En toda esta situación es pertinente reconocer el papel que ha cumplido el desarrollo de teorías de comunicación estratégica que, sin duda alguna, le ha dado un lugar a la comunicación social en el contexto de las organizaciones. Diversos estudios y análisis se realizan para comprender cómo son los procesos de interacción y socialización en estos escenarios.

Menciona Salas (2013), a partir de un estudio denominado Delphi, donde se establecen las bases y el futuro de la estrategia desde la comunicación, un aspecto fundamental a destacar es:

La influencia en los comportamientos es clara para la comunicación, al ser parte fundamental en el proceso de pensamiento/emociones, ya que psicológicamente hablando los seres humanos primero generan percepciones, luego se generan actitudes acordes con las percepciones y finalmente las actitudes inducen a la acción. (p. 81)

Según Salas (2013), existen estrategias efectivas en comunicación que van enfocadas al cambio de comportamiento, estas

son las del reconocimiento del otro, identificación, consenso, y diseminación de los mensajes a los públicos adecuados, que logren un cambio de conciencia en el receptor, o articular los valores compartidos, crear sentido vital para los receptores y considerar la cultura del mensaje. (p. 96)

Así es posible determinar cómo ha sido gestionada la comunicación como proceso estratégico en las organizaciones del sector salud, cómo se ha avanzado en la investigación a través de diagnósticos y qué evaluaciones se han realizado para reconocer la pertinencia de las acciones, determinar en qué medida éstas han contribuido a mejorar la calidad de la oferta en los servicios de salud. Es necesario identificar cómo se han diseñado los programas dirigidos a la prevención y promoción de la enfermedad y desde ese análisis generar una propuesta que apunte a fomentar la promoción y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, según lo expresa la OPS (2013):

El sector de la salud tiene un papel clave al aportar la evidencia y los indicadores para las políticas de desarrollo sostenible. Puede producir evidencia sobre el impacto en la salud de las estrategias e innovaciones del desarrollo sostenible. También puede promover el mayor uso del Análisis del Impacto en Salud (en inglés, Health Impact Assessment) para asegurar que la salud sea un resultado de todas las políticas. Finalmente, el sector de la salud puede definir metas, indicadores y herramientas que sean relevantes para la salud, para medir y monitorear los resultados de las políticas de desarrollo sostenible. (p. 73)

En este contexto los productos de comunicación son una pieza clave en la educación y promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, Según Beltrán (2001), el empleo permanente de comunicación, ya sea individuales, de grupo, masivos y mixtos, así como tradicionales o modernos como los multimedia, son una herramienta de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales que cumplan los objetivos de los programas de salud pública. Un aporte a la comunicación para el desarrollo pensando en la necesidad de fomentar cambio de hábitos y mejoramiento de prácticas de autocuidado.

El estudio sobre proceso de producción de material impreso o digital realizado, permitió identificar a los actores que intervenían en el proceso de producción de materiales de comunicación en salud, cuáles eran los criterios para seleccionar los temas, el estado de la evaluación de los conocimientos de la audiencia para la elaboración de los mensajes, y los procesos usados para mejorar la comprensión de los mensajes.

Se encontró que los temas tratados en los materiales de comunicación en salud, eran elegidos por las instituciones, de acuerdo a una programación centralizada, siguiendo lineamientos de las entidades gubernamentales locales y nacionales o por campañas de organizaciones internacionales (como la Organización Mundial de la Salud, la Federación

---

Internacional de Diabetes) orientadas a sensibilizar al público en general acerca del impacto de las ECNT. No hay participación del público objetivo de los mensajes, ni en la selección de los temas, ni en la elaboración de los productos de comunicación, ni en su evaluación previa a la difusión. Lo anterior permitió concluir que los temas se establecen de en las formas de producción de la comunicación y cómo éstas se alejan de la teoría sobre las nuevas formas de pensamiento del campo de la comunicación, citado por Calero et al. (2006):

El saber también se configura en medio de distintos procesos de interacción social, los cuales, a su vez, no son ajenos a múltiples relaciones de poder. Es decir, formas de interacción inscrita, de un lado en contextos de poder, de subordinación, de enfrentamiento y, de otro, en entornos de resistencia, de integración, de cooperación, de solidaridad o incluso de mera convivencia. (p. 12).

En este sentido, se observa un grupo de profesionales de la comunicación enfocados en diversos frentes: por un lado el cumplimiento de la normativa de promoción y prevención; de otro el cuidado de la imagen y el posicionamiento de la empresa, como elemento fundamental para el mercadeo.

En este caso, la entidad no cuenta con una evaluación de la alfabetización en salud del usuario. Teniendo en cuenta este aspecto y revisando los estándares de escritura de comunicación del riesgo. No se percibe un criterio de producción de este tipo de material, aunque se basa en que la audiencia sepa leer, dado que su población atraviesa todos los estratos socioeconómicos de Colombia, pero lo anterior no garantiza la comprensión del mensaje, sin embargo, este escaso análisis de la audiencia es una muestra, como señalan Urra, Muñoz y Peña (2013), de que

El discurso es una creencia, una práctica o un conocimiento que construye realidad y proporciona una forma común de entender el mundo por los individuos y pragmáticamente, es el lenguaje en uso y sus efectos en los distintos contextos sociales. (p. 51).

No obstante, autores como Gumucio (2011), en su conferencia sobre “Comunicación para la salud: el reto de la participación”, le da una función predominante al proceso de participación de la comunidad en la implementación de estrategias para la comunicación en salud, un compromiso que debe asumirse desde los procesos de diagnóstico, planificación y ejecución de los programas, el autor argumenta que:



El concepto de establecer el diálogo con los beneficiarios a lo largo del proceso de concebir, planificar, implementar y evaluar un proyecto ha ganado terreno paulatinamente. En un primer tiempo, se comprendió que era importante involucrar a los beneficiarios en las actividades de desarrollo económico y social, para reforzar el sentido de “apropiación” comunitaria. Finalmente, se entendió la importancia de esa participación para garantizar la sostenibilidad del proyecto después de la etapa de asistencia técnica. (p. 88)

De otro lado, hoy las nuevas miradas permiten ubicar a la comunicación con una perspectiva más fluida, es así como Massoni (2013) plantea que “la comunicación estratégica promueve el rebase de la dimensión informativa en las rutinas profesionales... y al hacerlo habilita la consideración de la complejidad del mundo y de su aporte al encuentro sociocultural situado” (p. 33), por tanto, la comunicación estratégica nos ubica en la posibilidad de encontrar en la comunicación procesos más fluidos y en contextos reales.

De esta manera, considerando la revisión de los productos de comunicación en el caso de la promoción de una autogestión en salud para usuarios con ECNT, en Colombia y teniendo en cuenta el análisis y prescripción mediante marcas de racionalidad comunicacional se observa un dominio de verticalidad en la información, los productos son realizados en una dimensión informativa, es decir, “corresponde al campo de los procesos fácticos, da cuenta de la comunicación como proceso de transmisión de información con una finalidad predeterminada... aborda la comunicación como difusión de mensajes” (Massoni, 2013a, p. 75). Con lo anterior se deduce que es bajo el reconocimiento del otro para la puesta en común de este tipo de información, se instala el mensaje sin el reconocimiento de actores sociales en contextos determinados.

En consecuencia, desde el modelo de comunicación estratégica según Massoni (2013a): “es necesario aportar transformaciones en torno a problemáticas en terreno, propiciando el encuentro sociocultural a partir del aprovechamiento de las capacidades de los actores como agentes del cambio” (p. 100). Por lo que para la eficiencia comunicativa en el campo de la salud es determinante que tanto pacientes como personas cercanas a ellos y al curso de su enfermedad, conozcan su situación de riesgo, estén al tanto hacia dónde deben dirigir sus acciones, o con qué urgencia deben cambiar o mejorar sus hábitos de salud actuales; también, que comprendan mejor los tratamientos que les brindan los profesionales en salud pero, sobre todo, que sean conscientes de la elección de estos tratamientos, este es el enfoque considerado en el modelo de perspectiva multidimensional

---

de la comunicación que plantea Massoni (2013b). Por eso el momento del encuentro, el reconocimiento del otro, la configuración de las conversaciones en los diferentes escenarios de comunicación y el material de apoyo en productos de comunicación debe ser comprensible, deben permitir el vínculo entre los actores en esos procesos comunicacionales y además propiciar diálogos de saberes en este mundo cada vez más complejo.

Las entidades dedicadas a la atención del paciente deben coordinar múltiples acciones para promover el bienestar físico y emocional de la comunidad es aquí donde pensar estratégicamente la comunicación en el campo de la salud debe erigirse como un mecanismo para impulsar un enfoque más allá de un inventario de lo que existe, según Massoni (2013b) “sino de abordar la multidimensionalidad del fenómeno comunicacional en tanto oportunidad democratizante de diálogo de saberes, acciones y sentido compartidos” (p. 21).

Por lo anterior es urgente sobrepasar la comunicación desde una sola dimensión informativa y migrar a otras propuestas que consideren “por ejemplo la del encuentro sociocultural. Operar con estas nuevas herramientas comunicacionales nos permite trabajar desde lo fluido: ese especial tipo de orden de lo que está siempre cambiando” (Massoni, 2013a, p. 72).

Así es posible determinar cómo ha sido gestionada la comunicación como proceso estratégico en las organizaciones del sector salud, cómo se ha avanzado en la investigación a través de diagnósticos y qué evaluaciones se han realizado para reconocer la pertinencia de las acciones, determinar en qué medida éstas han contribuido a mejorar la calidad de la oferta en los servicios de salud, es necesario identificar cómo se han diseñado los programas dirigidos a la prevención y promoción de la enfermedad y desde ese análisis brindar unas sugerencias que apunten a fomentar la promoción y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.

En conclusión, la comunicación en este campo tiene un componente vital que es promover el cambio de actitud frente a la necesidad de comprender, fomentar y generar procesos de mejoramiento en la interacción social, y para ello es necesario dirigir la atención hacia las habilidades de comprensión de los mensajes de los actores sociales pero como destaca Massoni (2013a) desde “una investigación transdisciplinar situada que interpela a los actores socioculturales respetando sus diversidades para aportar a la transformación deseada” (p. 98). Se trata de encontrar un punto de partida que permita la discusión y el fundamento de un proyecto de investigación orientado al desarrollo, pensado desde una necesidad proponer alternativas que conduzcan a promover cambios de hábitos para mejorar las condiciones de salud de una población.

## MEDICIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

Un componente fundamental en el diseño de estrategias de comunicación es la medición de la gestión realizada. En ese sentido se busca determinar cuáles son los procesos de medición de éste tipo de material, para encontrar la pertinencia que tienen en la promoción y prevención de la enfermedad. Ya se explicó la importancia que tiene conocer la audiencia, previo a la producción de piezas de comunicación, ahora es necesario medir el impacto que tienen y la utilidad. Esto significa que la medición es transversal a todo el proceso de comunicación.

Massoni, Piola y Mascotti (2017) hacen énfasis en la necesidad de un cambio de procedimiento en las formas de medición en las organizaciones “medimos diferentes modalidades del vínculo intersubjetivo a través de indicadores específicos que registran las implicancias de productos y espacios comunicacionales en el cambio social conversacional” (p. 122). Tradicionalmente se ha medido la comunicación desde una perspectiva de acciones realizadas por el comunicador, en ese sentido esta autora propone pasar del inventario al encuentro sociocultural.

La evaluación es necesaria para determinar la efectividad de la comunicación del riesgo en salud. No sólo para saber si la audiencia entendió el mensaje, sino para saber si logró usar esa información y si al final obtuvo un beneficio o un cambio (por ejemplo, la adopción de estilos de vida más saludables o el inicio de un medicamento) (Fischhoff, Brewer y Downs, 2011).

Massoni (2013b) explica a través de su metodología de gestión de indicadores que se debe pasar del registro de mensajes, medios, públicos a la creación de algoritmos fluidos que define como “registros capaces de sistematizar la operación misma de la emergencia de acciones y sentidos compartidos en el devenir de los encuentros en la diversidad” (p. 101). Lo anterior con el fin de cualificar y cuantificar la incidencia que tiene la comunicación de las organizaciones en sus públicos.

La propuesta de Massoni (2013a) trasciende las prácticas actuales en las áreas de comunicación institucional, donde menciona que se repiten procesos basados en que esta reiteración permanente finalmente cale en la audiencia. Sin embargo, este método no garantiza el éxito de la comunicación.

La organización de las rutinas suele incluir, por ejemplo: generar una nota de prensa para subir a internet, enviar por email, publicarlo en la agenda de la web y en las redes sociales, y finalmente distribuirla a una base de medios de comunicación o a una más especializada de direcciones electrónicas. La aplicación del protocolo se basa en la falsa premisa de

---

que la reiteración de un mismo proceso comunicacional generaría un resultado de participación. Sin embargo, con la transferencia no se logra apropiación, implicación y mucho menos participación. (p. 110)

En el caso analizado se pudo concluir que aún falta mayor trabajo en diseño de indicadores para comunicación en salud, es necesario medir el cambio de actitud de hábitos saludables. El estudio sobre comunicación del riesgo en las entidades de salud de Cali, muestra que centran el impacto de la comunicación en estadísticas de consumo de los medios como las páginas web o basados en la entrega de los materiales educativos, sin embargo, no es garantía de que el mensaje se comprendió y mucho menos si el paciente cambió su hábito o actitud. Massoni (2013a) al respecto cita que “la valorización del evento se centra en la cantidad de personas, como si el número, escindido de la situación que lo contiene, pudiera dar cuenta de las transformaciones comunicacionales que allí se registran” (p. 23). Es necesario determinar cuáles fueron los procesos de comunicación que vivieron los receptores de estos mensajes, cómo fue la apropiación del mensaje y esto finalmente como se traduce en su mejora de salud.

Según la noción de la comunicación del riesgo para que ésta exista se debe cumplir con tres objetivos esenciales. El primero es la difusión de la información, el segundo objetivo sería modificar creencias y el tercero promover el cambio de comportamientos. En este caso el proceso de medición alcanza el primer objetivo según Fischhoff, Brewer y Downs (2011) al

difundir la información: es la forma más simple de comunicación del riesgo. Es necesario que sea fácil de entender o que el mensaje sea claro acerca de lo que las personas necesitan hacer; de lo contrario (por ejemplo, que no sea fácil de entender), no se cumpliría con los objetivos de una comunicación del riesgo responsable y ética. El efecto negativo de un mensaje no claro o confuso es que la gente lo ignore. (p. 143)

Con esta observación se determina la urgencia de trascender la mirada difusionista de estos discursos.

## **COMUNICACIÓN DEL RIESGO EN SALUD**

La comunicación del riesgo en salud es el término usado para describir el proceso de brindarle la información necesaria al público, con el objetivo de tomar decisiones conscientes sobre los riesgos de la salud. Para cumplir esto, la comunicación debe basarse en la evidencia científica, tanto en

el contenido como en la forma de dar los mensajes (Fischhoff, Brewer y Downs, 2011). Para ello se definen sus principales objetivos.

El primero de ellos, compartir (o difundir) la información, cambiar creencias, cambiar comportamiento. Se considera que cumplir solamente con la difusión de la información es la forma más simple de comunicación del riesgo, ya que no es necesario que el emisor se esfuerce en crear un mensaje sencillo para entender.

El siguiente objetivo, lograr el cambio en el conocimiento/creencias, permite que las personas puedan conocer o entender nuevos datos, o sentirse a riesgo de daños al comprender el mensaje. Para ello es necesario que sea fácil de entender y que el mensaje sea claro acerca de lo que las personas necesitan hacer para preservar su salud y evitar la enfermedad. Esto es más exigente que solamente emitir el mensaje.

Para que el cambio de comportamiento sea una meta, se requiere conocer cuál es el mejor curso de acción, el cual puede basarse en el resultado de investigaciones o por la recomendación de expertos. Lo que se espera de ese proceso de comunicación es que las personas hagan algo específico.

Aunque algunas teorías sugieren que “sentirse a riesgo lleva a la gente a protegerse”, muchas veces es difícil hacerles creer que están a riesgo y por lo tanto debería cumplir las recomendaciones. Pero para lograr el cambio en los individuos, la comunicación del riesgo no debe ser la única solución, es necesaria la interacción de otras medidas que se encaminen al mismo objetivo, como la acción conjunta de políticas públicas (como aumentar impuestos a algunos productos como el tabaco, o prohibir la venta de cigarrillos a menores de edad) y el apoyo de la comunidad.

La teoría social-semiótica explica la forma en que la gente interpreta el significado de la comunicación que recibe y determina que para que los mensajes tengan impacto deben ser comprensibles, atractivos y motivadores (Neuhauser y Kreps, 2010a; 2010b). En contraste, las organizaciones se han limitado a producir información que cubra a toda la población, sin que se satisfagan las necesidades específicas de comunicación. Es por eso que la mayoría de la comunicación de salud y del riesgo en salud excede la comprensión de la mayoría de las personas (Rudd, Comings y Hyde, 2003), sin tener en cuenta las diferencias de alfabetización en salud de la población.

Dadas las dificultades del público general para comprender la información en salud, los expertos recomiendan mejorar la lecturabilidad de los textos para que estén al nivel de lectura de la audiencia. Para mejorar la lecturabilidad de los productos escritos, sugieren primero establecer estándares de escritura, como: centrarse en lo que es útil y quitar la información innecesaria, limitar el contenido a 1 a 3 mensajes principales,

---

evitar la jerga médica y usar términos más fáciles de entender, usar oraciones cortas y palabras cortas, usar voz activa y dirigirse al lector personalmente, colocar el texto en grupos o en viñetas, entre otros.

Luego, se debe verificar la lecturabilidad con alguna de las fórmulas validadas. El equipo encargado de la comunicación debe familiarizarse con una de las pruebas disponibles, conocer sus ventajas y limitaciones. Las pruebas de lecturabilidad básicamente miden la dificultad de un texto con relación a la longitud de las palabras individuales y las oraciones en un documento. Es decir, un texto será más difícil de comprender si contiene palabras más largas (por ejemplo, esdrújulas y sobreesdrújulas) y si sus oraciones son más largas. Sin embargo, estos puntajes de lecturabilidad no son un medidor definitivo de la comprensibilidad de un texto.

La aritmética es otro de los elementos de la alfabetización en salud, que comprende las habilidades matemáticas básicas necesarias para las actividades de cuidado en salud. De acuerdo con Apter et al. (2008), esto incluye tareas básicas como la programación y dosificación de medicamentos, o seguimiento de instrucciones de mayor complejidad como la modificación de un tratamiento si la persona percibe cambios en el peso diario o en los valores de los niveles de azúcar que obtienen del auto monitoreo. Incluso comprende tareas de nivel superior como la interpretación de probabilidades, detección de error en las mediciones y evaluación de riesgos.

La descripción cualitativa del riesgo es subjetiva, ya que no hay consenso acerca de la definición de los términos (Burkell, 2004). Por ejemplo, para una persona, un “bajo riesgo” puede ser equivalente a un riesgo del 1%, mientras que para otra persona “bajo riesgo” puede ser el equivalente a un riesgo del 10% (Wallsten, Budescu y Rapoport, 1986). Los estudios demostraron que, cuando no hay descriptores numéricos y sólo hay expresiones verbales de probabilidad, los usuarios tienden a sobrevalorar los riesgos y los beneficios y no son capaces de identificar los tratamientos más efectivos (Berry, Raynor y Knapp, 2003).

Para hacer que la información cuantitativa sea más fácil de entender, es fundamental que la información se presente de manera comprensible. De lo contrario, la comprensión de los datos numéricos será baja. Respecto a la medición de la alfabetización en aritmética, los resultados muestran lo difícil que es comprender dicha información. En la Evaluación Nacional de Alfabetización de Adultos - NAAL, en Estados Unidos de América, del 2003 (Kutner, Greenberg y Paulsen, 2006) se incluyeron por primera vez la evaluación de habilidades cuantitativas, como la aplicación de matemática básica. Los resultados indicaron que el 22% de los adultos estadounidenses solo tenían las habilidades cuantitativas más simples y concretas y que un 33% adicional de los adultos tienen solo habilidades cuantitativas básicas.

La metodología propuesta por Apter et al. (2008) para mejorar la comprensión de la información cuantitativa consiste en:

- Utilizar las construcciones matemáticas más sencillas y menos numerosas.
- Eliminar la información no esencial.
- Ordenar la información de mayor a menor importancia a lo largo de una jerarquía discernible.
- Utilizar varios formatos para la presentación, por ejemplo, verbal, cuantitativo, visual al mismo tiempo.
- Considerar el uso de marcos de referencias o etiquetas (por ejemplo, cuando se define que el nivel normal de glucosa en la sangre en ayunas está entre 70 a 99 mg/dl y que los valores mayores a 126 mg/dl en ayunas están en el rango de diabetes).
- Presentar tanto los beneficios y los riesgos, las pérdidas y las ganancias, lo negativo y positivo.
- Determinar el mejor marco de tiempo más adecuado para presentar el riesgo según la audiencia.
- Cuando se usen gráficos, usar el formato más apropiado y se debe explicar al paciente.
- Cuando represente riesgo o beneficios, mostrar el denominador completo o el rango completo de escala y explicar tanto el numerador como el denominador.
- Limitar la información a lo que el paciente necesita.
- Los materiales de comunicación deben permitir la interacción del usuario.
- Refuerce los mensajes importantes con instrucciones repetidas.
- Confirme (evalúe) la comprensión.

La representación gráfica del riesgo se usa como un apoyo a la información numérica escrita. Sin embargo, para entender la información de los gráficos son necesarios procesos como interpretación y cálculo. El público general tiende a interpretar los gráficos con sentidos distintos a los pensados por los creadores (*National Institutes of Health – National Cancer Institute*, 1998). Así que el proceso de análisis mental se puede facilitar con un buen diseño, pero sobretudo con la elección del tipo de gráfico más apropiado para el mensaje que se necesita entregar (Cleveland y McGill, 1985).

Para finalizar este apartado, los tipos de gráficos más usados para expresar el riesgo en salud son los histogramas (o gráficos de barras), las tortas, los pictogramas o arreglo de íconos, los gráficos de líneas, las escalas visuales y mapas. Para seleccionar la representación visual, Nelson, Hesse y

---

Croyle (2009) establecen algunas pautas orientadas a mejorar el impacto y efectividad visual.

Por ejemplo, si necesita mostrar relaciones de la parte y el todo, como la prevalencia de una enfermedad en una población, pueden servir los gráficos de barras, pictogramas o de torta. Si desea resaltar la diferencia entre no intervenir e intervenir a una población (con tratamiento farmacológico o no farmacológico) los gráficos de barra y los pictogramas también son útiles. Los diagramas de líneas son apropiados para visualizar mejor los cambios a través del tiempo.

Con el objetivo de dar veracidad y complementar la información que está entregando, Nelson, Hesse y Croyle (2009) recomiendan que el material educativo muestre otras fuentes de información a la audiencia.

## **¿QUÉ MOSTRÓ EL CASO ANALIZADO?**

El análisis de la forma de comunicación del riesgo a los usuarios de servicios de salud, sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles a través de los contenidos de los productos de comunicación emitidos por las entidades de salud, permitió la observación y descripción del material de comunicación del riesgo de ECNT, para lo cual realizó una búsqueda física y digital, teniendo en cuenta la disponibilidad en consultorios médicos, salas de atención de programas de prevención y educación de salud cardiovascular y páginas web de las instituciones de salud observadas. Para la búsqueda digital las palabras claves, teniendo en cuenta la delimitación de los temas, fueron: diabetes, riesgo, hipertensión, cardiovascular, infarto, enfermedad crónica no transmisible, obesidad, corazón, lípidos, guía, folleto, revista, cartilla.

En esa observación se logró reconocer que los procesos de producción de comunicación del riesgo en las entidades de salud requieren de mayor atención en análisis y profundización de la expresión del riesgo por parte del comunicador social, el análisis de los productos de comunicación selección permitió reconocer que aunque existen metodologías sobre la elaboración de comunicación del riesgo requiere mayor exploración por cuanto el caso revisado evidenció que en 27 de los 36 documentos no había un reconocimiento explícito de la audiencia a la cual iba dirigida el material. Como se observa en la literatura sobre comunicación del riesgo, determinar el público objetivo del material de comunicación sirve para llamar la atención del paciente o público de interés de tal manera que se sienta interpelado por la información, así se despierta un mayor interés en la persona cuando ve que la información está dirigida a él y que le va a servir en su proceso de cuidado.



Otro requisito que debe cumplir un producto de comunicación del riesgo, es que el texto debe resaltar el o los mensajes más importantes dirigidos al lector. En el estudio se pudo observar que 27 de los 36 documentos si cumplían con este propósito con mensajes principales presentes al inicio del documento, agrupados o resaltados en tablas o mediante viñetas. Está práctica en la elaboración de las piezas permite al lector encontrar un resumen de la información más importante de forma rápida facilitando la retención y ubicación de los mensajes claves.

Así mismo se detectó en los textos revisados que 31 de los 36 tenían contenidos generales y no se mostró información completa sobre las formas de detectar el riesgo, las ventajas y desventajas de los procedimientos diagnósticos, las ventajas y desventajas de las intervenciones (farmacológicas o no farmacológicas), los riesgos de desarrollar una complicación concreta de una enfermedad o las intervenciones orientadas a prevenir o limitar su progresión.

En cuanto a la suficiencia de la información 25 de los 36 documentos quedaron evaluadas como parcialmente suficiente, se observa éstas piezas comunicativas se limitan a identificar los riesgos, mencionan recomendaciones generales para disminuirlo, pero no cumple totalmente con el criterio de suficiencia dado que no explican detalladamente el paso a paso que debe seguir un paciente para cambiar realizar las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas necesarias. Se define cuando el producto de comunicación cumple con los objetivos de comunicación del riesgo. Es decir que no sólo difunde una información, sino que la calidad de la información es adecuada para lograr el cambio de creencias y contribuir al cambio de comportamientos, como explican Fischhoff, Brewer y Downs (2011), en el texto *"Communicating risks and benefits: An evidence-based user's guide"*.

En el estudio de caso se aplicó la fórmula Flesch-Fernández Huerta, a cada uno de los documentos encontrando que ninguno de los 36 fue clasificado como fácil o muy fácil de leer, solamente 2 de los materiales se consideraron un poco fácil de leer y la mayoría de ellos estuvieron en el rango de estándar o un poco difícil, 18 y 15 documentos respectivamente, esto confirmó la importancia de realizar evaluaciones de cada material antes de ser distribuidos a los públicos de interés, en las entrevistas realizadas a los directores de comunicación se concluyó que no se realiza este tipo de evaluación final para comprobar la lecturabilidad de los textos se evidenció la limitación en los procesos de evaluación, tanto para caracterizar las audiencias a las cuales se dirige el material, como para evaluar la apropiación de la información que se divulga a partir de los conocimientos de los grupos de atención y los cambios de hábitos para el mejoramiento de la salud.

---

Lo anterior supone integrar nuevas prácticas de evaluación, que según la literatura encontrada y sugerida muestran que es posible realizar y que no requiere de mayor presupuesto para lograrla.

De otro lado, para facilitar el reconocimiento del riesgo, como Apter et al. (2008) proponen, el material de comunicación debe permitir la interacción del usuario, como se mencionó en su propuesta para mejorar la comprensión de la información cuantitativa. Esto se logra al incluir cuestionarios o casillas de selección para que el lector diligencie e identifique su riesgo. Solo un documento de los 36 estudiados incluyó una herramienta de interacción, entre el lector y el mismo material educativo, usando casillas de verificación. La interacción con el material promueve que el lector identifique en el texto lo que se le está preguntando y que generalmente está relacionado con los mensajes claves del texto. Además, como se expresa en los resultados de la encuesta, podría ser un elemento integrador y de discusión entre el personal de salud y los usuarios en la autogestión del riesgo en éste tipo de enfermedades.

Así mismo, se estableció si cada documento de la muestra contaba con referencias bibliográficas o enlaces a páginas de Internet de entidades científicas, gubernamentales u organizaciones internacionales de salud con información relacionada y complementaria. Se concluyó que 12 de las 36 muestras seleccionadas si incluyó referencias bibliográficas complementarias mientras que 24 de ellas no tenía dicho soporte. Cabe recordar que una de las recomendaciones que brindan Nelson, Hesse y Croyle (2009) es la importancia de dar fuentes de información a la audiencia con el fin de legitimar la información que se está entregando y también para que aquellos que requieran más información tengan una fuente confiable. En el proceso de uso de la tecnología los pacientes son proclives a buscar información para identificar sus síntomas, conocer experiencias de otros pacientes, verificar recomendaciones; este sería un escenario propicio para promover la apropiación de las redes en un proceso de educación y búsqueda de fuentes que brinden información veraz al usuario.

Acerca de la descripción cualitativa del riesgo, se buscó conocer si las entidades de salud usan este tipo de expresiones en el material de comunicación. Se daba el siguiente ejemplo: para una persona, un "bajo riesgo" puede ser equivalente a un riesgo del 1%, mientras que para otra persona "bajo riesgo" puede ser el equivalente a un riesgo del 10%. Este recurso se utilizó en 29 de los 36 documentos evaluados. Se debe tener en cuenta que los estudios demostraron que, cuando no hay descriptores numéricos y sólo hay expresiones verbales de probabilidad, los usuarios tienden a sobrevalorar los riesgos y los beneficios y no son capaces de identificar los tratamientos más efectivos. Respecto a las expresiones como

riesgo absoluto, tasas de mortalidad, y tasas de supervivencia se encontró que no se registran en ninguno de los documentos. Esto contrasta con el uso de expresión del riesgo relativo para expresar el beneficio de un tratamiento o una intervención. Lo que generalmente predispone un sesgo, ya que el paciente tiende a magnificar los beneficios, por lo que se aconseja mostrar el riesgo relativo con las cifras del riesgo absoluto. Se puede observar la expresión del riesgo relativo en 10 de los 36 documentos evaluados.

También se concluyó sobre la forma de expresión en la muestra de fórmulas matemáticas para calcular un riesgo, resultado de laboratorio o condición de salud. En la muestra recogida 4 de los 32 productos de comunicación analizados tenían presente el uso de fórmulas. Este factor, teniendo en cuenta que no se hace un análisis de la audiencia, más los estudios sobre el nivel alcanzado de escolaridad entre los adultos colombianos como se expuso en el planteamiento del problema, resulta de una alta exigencia en la capacidad de comprensión tanto lectora como de aritmética, esta información es de las que más exige al lector porque requiere de la habilidad para hacer cálculos, reemplazando variables con sus propios datos y finalmente exige que el paciente interprete su resultado.

Otro hallazgo fue la escasa utilización de ayudas visuales para apoyar la comunicación del riesgo, característica resaltada en este tipo de comunicación. De los 36 documentos de la muestra, sólo 2 usaron ayudas visuales como apoyo, teniendo en cuenta que por lo menos en las instituciones estudiadas contaban con diseñadores gráficos, lo que indica que se desaprovecha este tipo de recurso gráfico.

Así mismo, se debe tener en cuenta, en el análisis de los procesos de elaboración de la información escrita física y digital, la forma como se determinan los contenidos de las publicaciones sobre el riesgo y determinar las habilidades para la producción de materiales con baja demanda en alfabetización en salud. Lo anterior, teniendo en cuenta el factor ambiental, biológico y hábitos de los públicos a quienes va dirigido el mensaje. Esto se puede evidenciar a partir de los grupos focales o considerar la historia de vida como rastreo de información que permita conocer la experiencia de una persona que padece una ECNT.

Como se mencionó anteriormente, se desconoce el nivel de alfabetización en salud de la población colombiana. Hay datos de comprensión de lectura y de habilidades aritméticas de los adultos colombianos. En consecuencia, las entidades de salud deben concentrar sus esfuerzos en el reconocimiento de su audiencia como elemento básico de comunicación para saber quién es el receptor de sus mensajes, cuál es su grado de escolaridad, cómo son sus prácticas cotidianas.

---

Otra acción importante en las estrategias de circulación de estos materiales, es que se incluya entrenamientos al personal de salud para promover la participación y discusión entre médicos y pacientes sobre los riesgos y beneficios de los tratamientos y para mejorar el proceso de toma de decisiones compartidas, dando, un sentido útil a los productos de comunicación. El análisis incluyó una encuesta a 44 profesionales de la salud, entre médicos, enfermeros y psicólogos para determinar cómo estos profesionales utilizan el material de comunicación y qué valor que le dan como apoyo al proceso de educación. Se pudo concluir que el material si se constituye en una oportunidad de énfasis en comunicación del riesgo, dado que los espacios de consulta o pos consulta son un escenario de comunicación verbal, que debe permitir la discusión entre médicos y pacientes sobre los riesgos, dado que en este tipo de material se abordan recomendaciones, explicación sobre las enfermedades, beneficios de los tratamientos, entre otros.

Para finalizar, se puede concluir que la producción de discursos escritos sobre comunicación del riesgo en Enfermedades Crónicas no Transmisibles debe migrar hacia nuevas y creativas formas de comunicación pues se ha seguido un modelo de comunicación no vinculante, vertical, que no permite que exista un diálogo entre los diversos actores que participan en el proceso de atención en salud. Entendiendo que la comunicación del riesgo en salud es necesaria para que la población sea consciente de su situación de salud y transforme hábitos que mejoran su condición de vida, en esta medida los productos de comunicación se constituyen en una herramienta que sumada a otras acciones apoya el proceso de comunicación.

El comunicador social debe tener un mayor empoderamiento en la producción de piezas de comunicación del riesgo para impulsar cambios en el mejoramiento de la salud de sus audiencias, entendido el empoderamiento como el proceso a través del cual se promueve la participación. Este profesional debe adquirir un mayor dominio sobre la comunicación del riesgo, de manera que pueda establecer un diálogo con profesionales de otras áreas que permita una mediación entre los actores involucrados en la problemática. Lo anterior con el fin de facilitar la comprensión y el intercambio de ideas, de tal manera que se logre transmitir mensajes que cumplan con los requisitos de divulgación, comprensión y promoción en los cambios de conducta.

## REFERENCIAS

- Apter, A., Paasche, J., Orlow, M. K. y Remillard, J. (2008). Numeracy and communication with patients: They are counting on us. *Journal of General Internal Medicine*, 23(12), 2117-2124.
- Bañón, A. M. (2006). Salud y discurso. A modo de introducción. *Discurso & Sociedad*, 7(1), 1-25.
- Beltrán, L. R. (2001). Promoción de la Salud: una estrategia revolucionaria cifrada en la comunicación. São Paulo: Universidad de Metodista de São Paulo.
- Berry, D. C., Raynor, D. T. y Knapp, J. P. (2003). Patients' understanding of risk associated with medication use: Impact of European Commission guidelines and other risk scales. *Drug Safety*, 26(1), 1-11.
- Birgitta, A. y Marilyn, S. A. (2011). Behavioral approaches to treating obesity (2nd. Ed.). Arlington: American Diabetes Association.
- Burkell, J. (2004). What are the chances? Evaluating risk and benefit information in consumer health materials. *Journal of the Medical Library Association*, 9(2), 200-208.
- Bretón, P. (2011). El silencio y la palabra contra los excesos de la comunicación. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bourdieu, P. (1994). El campo científico. *REDES-Revista de Estudios Sociales de Ciencia*, 1(2), 131-160.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H. y Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *Jama*, 288(14), 1779-1785.
- Calero, S., Vallejo, L. F., Pavía, J. M., Jiménez, A. L. y Rivera, C. C. (2006). Mutaciones epistemológicas y posibles formas de entender el campo de la comunicación. *Revista Diálogos de la Comunicación*, (73), 9-17.
- Cleveland, W. S. y McGill, R. (1985). Graphical perception and graphical methods for analyzing scientific data. *Science*, 229(4716), 828-833.
- Edwards, A., Elwyn, G. y Hood, K. (2004). Patient-based outcome results from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Family Practice Management*, 21(4), 347- 354.

- 
- Foucault, M. (2001). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fried, T. R., Tinetti, M. E. y Towle, V. (2011). Effects of benefits and harms on older persons' willingness to take medication for primary cardiovascular prevention. *Archives of Internal Medicine*, 23(17), 923-928.
- Fischhoff, B., Brewer, N. y Downs, J. (2011). *Communicating risks and benefits: An evidence-based user's guide*. Maryland: Food and Drug Administration – FDA.
- Gumucio Dagron, A. (2011). *Haciendo olas. Historias de comunicación participativa para el cambio social*. New York: The Rockefeller Foundation.
- Kutner, E. M., Greenberg, M. E. y Paulsen, C. R. (2006). *The health literacy of America's adults. Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. Washington D. C.: National Center for Education Statistics.
- Massoni, S. (2013a). *Metodologías de la comunicación estratégica. Del inventario al encuentro sociocultural*. Buenos Aires: Homo Sapiens Ediciones.
- Massoni, S. (2013b). *La comunicación en un mundo fluido: comunicación estratégica*. Madrid: Editorial Alemana Lola Books.
- Massoni, S., Piola, M. y Mascotti, M. (2017). *Medir la comunicación desde lo vivo. Indicadores comunicacionales en dimensiones múltiples*. Buenos Aires: Editora UNR.
- Marx, C. (1999). *Contribución a la crítica de la economía política*. Moscú: Progreso.
- Ministerio de Salud de Colombia. (2015). *Informe técnico, carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia - Observatorio Nacional de Salud.
- Morin, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- National Institutes of Health – National Cancer Institute. (1998). *How the public perceives, processes, and interprets risk information: Findings from focus group research with the general public*. Bethesda: National Institutes of Health – National Cancer Institute.
-

- Nelson, D., Hesse, B. y Croyle, R. (2009). *Making data talk: Communicating public health data to the public, policy makers, and the press*. Oxford: Oxford University Press.
- Neuhauser, L. y Kreps, G. (2010a). Online cancer communication interventions: Meeting the literacy, linguistic and cultural needs of diverse audiences. *Patient Education and Counseling*, 71(3), 365-377.
- Neuhauser, L. y Kreps, G. (2010b). eHealth communication and behavior change: Promise and performance. *Journal of Social Semiotics*, 20(1), 9-27.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. y Kindig, D. A. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Organización Mundial para la Salud – OMS. (2016). *Orientaciones para el desarrollo de la educación y comunicación para la salud en el marco del PIC grupo de Gestión para la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad*. Ginebra: Organización Mundial para la Salud – OMS.
- Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2013). *Salud, ambiente y desarrollo sostenible: hacia el futuro que queremos*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud – OPS.
- Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2012). *Perfiles de país: enfermedades no transmisibles*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud – OPS.
- Restrepo, H. y Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Internacional.
- Rudd, R. E., Comings, J. P. y Hyde, J. N. (2003). Leave no one behind: Improving health and risk communication through attention to literacy. *Journal of Health Communication*, 8(1), 104-115.
- Salas Forero, C. P. (2013). *Estrategia y proceso estratégico: el camino organizacional hacia el diálogo, la articulación y la innovación*. Poliantea, 9(16), 73-98.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2008). *Cartilla de la Escuela Promocional de Calidad de Vida y Salud – EPCVS*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

- 
- Sleath, B., Blalock, S. J. y Bender, D. E. (2003). Latino patients' preferences for medication information and pharmacy services. *Journal of the American Pharmacists Association*, 49(5), 632-636.
- Stewart, E. y Fox, C. (2011). Encouraging patients to change unhealthy behaviors with motivational interviewing. *Family Practice Management*, 18(3). 21-25.
- Urra, E., Muñoz, A. y Peña, J. (2013). El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería Universitaria*, 10(2), 50-57.
- Van Dijk, T. A. (1999). *El análisis crítico del discurso*. Barcelona: Anthropos.
- Van Dijk, T. A. (2011). *Discurso y poder*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Wallsten, T. S., Budescu, D. V. y Rapoport, A. (1986). Measuring the vague meaning of probability terms. *Journal of Experimental Psychology: General*, 115(4), 348-365.
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1(1), 2-4.